

## הגשת בקשה להחזר כספי מהוועדה הבין משרדית לאחר הכרה בתושבות

### הנחיות

- מי שהוכר באופן רטרואקטיבי ע"י המוסד לביטוח לאומי כתושב מדינת ישראל, רשאי להגיש בקשה זו לקבלת החזר בגין שירותים רפואיים אותם קיבל בזמן שלא היה מבוטח בקופת חולים.
- ההחזר ניתן לשירותים שנרכשו בישראל בתקופת התושבות עבור שירותי הבריאות הכלולים בסל הבריאות ועל פי תעריפון משרד הבריאות, בכפוף להוראות סעיף 3א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. אין מדובר בהחזר כספי עבור תשלום ביטוח בריאות (ביטוח פרטי, קופות חולים).
- במידה והבקשה למספר בני משפחה, יש למלא טופס לכל בן משפחה בליווי המסמכים המתאימים.
- יש לצרף לבקשה זו העתקים של הקבלות, על מנת שניתן יהיה להתחיל לטפל בבקשה, אולם נדרש לשלוח גם קבלות מקוריות בדואר. הבקשה לא תידון בוועדה ללא הקבלות המקוריות/נאמן למקור.
- יש לצרף כמו כן, מסמכים רפואיים ואחרים התומכים בבקשה כמפורט בסעיף צירוף מסמכים.
- זמן הטיפול בבקשה הוא כ- 4 חודשים מיום הגשת טופסי הוועדה וכל המסמכים הנדרשים. מאחר והטיפול בבקשה משלב משרדי ממשלה שונים, הרי שהוא עשוי להתארך מעבר למועד זה.
- הודעה על קליטת הבקשה ומספרה בנציבות תישלח תוך 7 ימי עבודה מתאריך קבלתה בנציבות.
- לבדיקת סטאטוס הטיפול בבקשה, נא לפנות ל"קול הבריאות" - מוקד השירות הטלפוני של משרד הבריאות 08-6241010, \*5400.
- טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד.
- ניתן להעביר את הקבילה באמצעות:

○ דואר אלקטרוני: kvilot@moh.health.gov.il

○ פקס: 02-5655981

○ דואר: משרד הבריאות, נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, רחוב ירמיהו 39, ירושלים

## מטרת הפנייה

נא לסמן:  פנייה חדשה  תוספת לבקשה קיימת שמספרה \_\_\_\_\_ (חובה לציין מספר)

תאריך מילוי הבקשה הקיימת \_\_\_\_\_

## פרטי הפונה

הבקשה מוגשת:  בשמי  בשם ילדיי הקטינים  בשם קרוב משפחה אחר  בשם חסוי שהח"מ אפוטרופסו  עו"ד  אחר

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תעודה זהות או מספר ביטוח לאומי \_\_\_\_\_

האם היית עולה חדש לפני קבלת השירות?  כן  לא

האם הנך תושב חוזר?  כן  לא

## פרטי מקבל השירות - במקרה שאיננו הפונה

## תאריך לידה רלוונטי אם נבחר בשם ילדיי הקטינים

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז./ביטוח לאומי	תאריך לידה	האם מקבל השירות בחיים?	האם נשוא הבקשה היה עולה חדש לפני קבלת השירות?	האם מקבל השירות הוא תושב חוזר?
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

## פרטי התקשרות - של הפונה

ישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מספר בית \_\_\_\_\_

מספר דירה \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_ תא דואר \_\_\_\_\_

הערות לכתובת \_\_\_\_\_

טלפון ראשי \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## פרטי הפנייה

להלן רשימה של שירותי הבריאות בגינם מבוקש ההחזר הכספי.  
במידה ונתקבל שירות רפואי אולם טרם הוסדר התשלום עבורו נדרש לציין זאת.

מס' השירות	שם מקבל השירות	תאריך קבלת השירות	מהות השירות(ניתן לסמן מספר שירותים)	שם נותן השירות	עלות בש"ח	שולם כן/לא
1			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
2			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
3			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
4			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
5			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
6			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
7			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
8			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
9			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			
10			אשפוז <input type="checkbox"/> בדיקות <input type="checkbox"/> טיפולים <input type="checkbox"/> תרופות <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>			

## פרטי חשבון בנק

בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_  
שם בעל החשבון \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות של בעל החשבון \_\_\_\_\_

## הצהרות

- אני מצהיר בזאת כי טופס זה מולא על ידי לבקשתו/ם של מר/גב' \_\_\_\_\_ ולאחר שהסברתי לו/להם את תוכן הטופס, וקיבלתי את הסכמתו/ם לחתימתי עליו, וכי כל הפרטים האמורים בטופס זה הינם אמת.  
(רלוונטי רק אם סומן: בשם קרוב משפחה, ע"ד, אחר).
- אני מצהיר בזה כי אני נמצא עם מר/גב' \_\_\_\_\_ בקשר מתמשך כ \_\_\_\_\_ וכי טופס זה ממולא על ידי על דעתו, ולאחר שהסברתי לנ"ל את היום את משמעותו, וכי כל הפרטים בטופס זה הם נכונים.  
(רלוונטי רק אם סומן: ע"ד, אחר).
- אני מצהיר בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים ושידוע לי כי אם יתברר שאינם נכונים, אני צפוי לעונש בהתאם לחוק.



## צירוף מסמכים

יש לצרף לטופס זה את המסמכים הבאים:

- אישור חשבון בנק חתום ע"י הבנק או צילום צ'ק בנקאי
- סיכומי מחלה/ טופס שחרור מבית החולים וכל מסמך רפואי אחר (כולל בדיקות וטיפולים)
- העתק קבלות עבור התשלומים/ דרישות תשלום עבור שירות רפואי בנוסף לשליחת המקור בדואר
- העתק יפויי כח – אם סומן: בשם קרוב משפחה אחר, עו"ד או אחר
- העתק צו אפטרופסות – אם מולא בשם חסוי
- העתק צו ירושה או צו קיום צוואה- אם מקבל השירות נפטר
- העתק מאשרת העולה/תעודת עולה – אם נשוא הבקשה היה עולה חדש לפני קבלת השירות
- אישור תשלום מיוחד (פדיון תקופת המתנה) – אם מקבל השירות הוא תושב חוזר

חתימת הפונה  
(במידה ואינך מקבל השירות)

חתימת מקבל השירות

תאריך